

★同意施打，紅色框框內資料要填。請用原子筆填寫。
接種前自我評估這 4 題請先填寫，施打現場醫師會再次確認。

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

嘉義市 學校名稱：_____

1.我已
用及第

若要在學校補打基礎第一劑或基礎第二劑者，請擇一勾選。未打第一劑，不能打第二劑。第一劑與第二劑接種要間隔 120 天

瞭解疫苗之保護效力、副作用

☒ 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

☐ 基礎劑第一劑

☐ 基礎劑第二劑

☒ 追加劑(滿 12 歲以上)

☐ 不同意

2.接種方式(擇一勾選)

☐ 於校園集中接種

☐ 至衛生所/合約醫療院所接種

3.接種資訊

學生姓名：_____ (_____ 年 _____ 班 _____ 號)

身分證/居留證/護照字號：_____ **學生身分證號**

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話：_____

家長簽名 **字跡工整，請簽全名** 身分證/居留證/護照字號：_____ **家長身分證號**

◆ 接種前自我評估

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史或任何嚴重不良反應。		
2. 現在身體有無不適病徵(如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 目前是否懷孕。		

◆ 體溫：_____°C

☐ 適合接種

☐ 不適宜接種；原因_____

評估日期：_____年_____月_____日

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____

施打時醫師填寫

請用原子筆填寫。
勾選不同意接種，只要填紅色框框資料就好。其他不須填

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

嘉義市 學校名稱：_____

1. 我已詳閱 Pfizer-BioNTech COVID-19 學生接種須知，瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

<input type="checkbox"/> 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗	<input type="checkbox"/> 基礎劑第一劑
	<input type="checkbox"/> 基礎劑第二劑
	<input type="checkbox"/> 追加劑(滿 12 歲以上)
<input checked="" type="checkbox"/> 不同意	

2. 接種方式(擇一勾選)

<input type="checkbox"/> 於校園集中接種
<input type="checkbox"/> 至衛生所/合約醫療院所接種

3. 接種資訊

學生姓名：_____ (_____ 年 _____ 班 _____ 號)

身分證/居留證/護照字號：_____

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話：_____

家長簽名：_____ 身分證/居留證/護照字號：_____

◆ 接種前自我評估

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史或任何嚴重不良反應。		
2. 現在身體有無不適病徵(如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 目前是否懷孕。		

◆ 體溫：_____ °C

☐ 適合接種 ☐ 不適宜接種；原因 _____

評估日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____